

CARTAS DE INVESTIGACIÓN

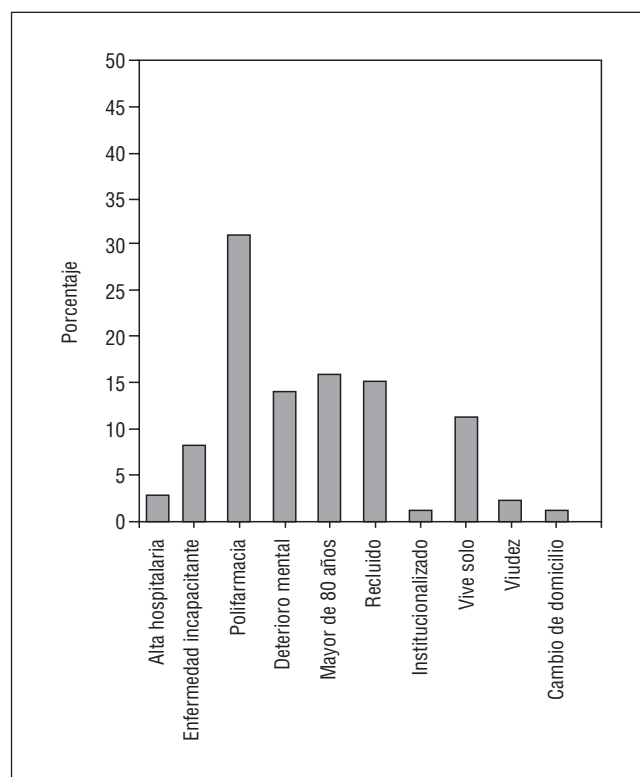


Figura 1. Causas de inclusión como anciano de alto riesgo.

al; 42,8% según EAP de San Isidro II y 53,69% según los criterios de Buckley et al), y el porcentaje de mujeres frágiles es superior al de varones en todos ellos. La prevalencia más alta corresponde a la definición de Buckley et al al incluir como criterio la polimedicación. Cuando se emplearon los criterios de la OMS no se consideró la pobreza. Las principales causas de clasificación como AAR son: vivir solo, estar recluido en el domicilio, edad \geq 80 años y la polifarmacia (fig. 1).

Según la escala Sociofamiliar de Gijón, un 73,2% de los ancianos se encuentra en una situación social buena o aceptable y el 4,3%, en riesgo de problema social. Debido al escaso número de residencias de ancianos en la zona, el porcentaje de institucionalizados es muy bajo (1,18%). Un 80,9% de la muestra no presentaba déficit cognitivo (SPMSQ de Pfeiffer).

Discusión y conclusiones. Hay una gran variabilidad en la prevalencia de AAR según la definición utilizada. En 3 de las definiciones se obtienen prevalencias de AAR superiores al 30%, que serían susceptibles de atención especial por parte de los profesionales de atención primaria. El seguimiento en el tiempo de los ancianos po-

dría determinar cuál de los criterios empleados se ajusta más al concepto de fragilidad. En los pocos estudios publicados hasta el momento se obtienen prevalencias similares⁶. Debemos poner en marcha planes de cuidados específicos coordinados entre el equipo de atención primaria y los servicios de geriatría para la asistencia de alta calidad a estos ancianos en la comunidad.

I. Caraballo Ramos, J.C. Camacho Giraldo, M. del Trigo Espinosa y E. Sánchez Burgos

Centro de Salud Torreblanca. Sevilla.

España.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos. Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS, 1974.
2. Sistema Andaluz de Salud (SAS). Atención sanitaria a problemas específicos: inmobilizados, personas en situación terminal, ancianos en riesgo, ancianos residentes en instituciones. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Plan estratégico. Sevilla: SAS, 2000.
3. González JL, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. Aten Primaria 1992;9:219-26.

4. Buckley EG, Williamson J. What sort of «health checks» for older people? BMJ 1988;296:1144-5.
5. Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores. Área 1 Madrid (Atención Primaria). Madrid: INSA-LUD, 1996.
6. Cortés Rubio JA, Méndez-Bonito González E, Koutsourais Movilla R, Utrilla Moro J, Macías Rodríguez J, Casado Aguado MA, et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? Aten Primaria 1996;18:327-30.

¿Crisis hipertensiva secundaria a triptorelina?

Introducción. La triptorelina es un decapeptido sintético análogo de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) natural. Los análogos de la GnRH son un grupo de fármacos que actúan en el hipotálamo e inhiben la liberación de gonadotropinas hipofisarias. La principal consecuencia de la administración de triptorelina es la reducción de la síntesis de testosterona y estrógenos. En los varones se utiliza para el tratamiento del carcinoma de próstata metastásico y en las mujeres para la endometriosis, la pubertad precoz, la infertilidad y como tratamiento preoperatorio de los miomas uterinos. Las formas *depot* de triptorelina mantienen sus efectos hasta 90 días después de su administración intramuscular. El caso que nos ocupa es el de una paciente que presentó un episodio agudo de aumento de la presión arterial (PA) que podría estar relacionado con el uso de triptorelina. La sospecha de reacción adversa medicamentosa (RAM) fue notificada al Sistema Español de Farmacovigilancia, donde fue aceptada como plausible. No obstante, después de realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica (Medline 1982-enero de 2004) no se han encontrado referencias bibliográficas sobre este tipo de RAM.

Caso clínico. Mujer de 47 años que acudió por un cuadro de cefalea, cervicalgia y mareos de menos de 24 h de evolución. En la

Palabras clave: Triptorelina. Crisis hipertensiva. Reacción adversa a medicamentos.

exploración inicial sólo destacaba una PA de 240/120 mmHg y una frecuencia cardíaca de 110 lat/min. Tras reposar en decúbito supino y administrar diazepam, la PA descendió a 210/110 mmHg (a los 15 min) y a 190/110 mmHg (a los 30 min). Como únicos antecedentes patológicos presentaba dextrocardia congénita y anemia ferropénica secundaria a hipermenorreas, que tras un estudio ecográfico fue atribuida a una miomatosis uterina. No se sabía hipertensa pero explicó un episodio compatible con preeclampsia durante su primer embarazo, a los 32 años, que precisó una inducción de parto prematuro. En la anamnesis farmacológica destacó el tratamiento con sulfato ferroso por vía oral desde hacía casi un año y, en los últimos 3 meses, la prescripción de triptorelina por vía intramuscular (3,75 mg cada 28 días) por parte de su ginecólogo. En las visitas sucesivas de control las cifras de PA se mantenían por encima de 180/110 mmHg, por lo que se decidió instaurar tratamiento antihipertensivo con una asociación fija de bisoprolol e hidroclorotiazida e iniciar el estudio diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) secundaria. Las exploraciones complementarias detectaron una afección orgánica renal en forma de microalbuminuria (347 mg/orina 24 h) y cardíaca en forma de hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Se suspendió el tratamiento con triptorelina pero no la ferroterapia, y al cabo de 2 meses se le practicó una histerectomía abdominal. Se repitieron la analítica y el electrocardiograma (ECG) y se constató, para nuestra sorpresa, la casi normalización de la microalbuminuria (35 mg/orina 24 h) y la regresión de la HVI. Los cambios eléctricos fueron interpretados como un error

en la polaridad de los electrodos: cuando se realizó el primer ECG no se tuvo en cuenta la malposición cardíaca. Transcurridos 7 meses desde la crisis hipertensiva, la paciente permanecía asintomática y con excelentes controles tensionales, por lo que se decidió, de acuerdo con ella, retirar progresivamente la medicación hipotensora y mantener una conducta expectante. Hasta la fecha actual se ha mantenido normotensa y sin incidencias clínicas relevantes.

Discusión y conclusiones. Se ha descrito la posibilidad de un aumento transitorio de la PA con el empleo de triptorelina¹⁻³. La HTA es un efecto indeseado que se ha comunicado en un 1-5% de pacientes tratados con triptorelina y otros análogos de la GnRH (buserelina, goserelina, leuporelina y nafarelina) durante la realización de ensayos clínicos precomercialización. La fisiopatología de dicho aumento de PA podría estar en relación con el hipoestrogenismo, tal como se desprende de algunos estudios en modelos experimentales con animales sometidos a ovariectomía farmacológica con triptorelina^{4,5}. La deficiencia estrogénica disminuiría el calibre de las pequeñas arterias y venas, así como la distensibilidad venosa, aumentando las resistencias vasculares periféricas y la PA. Nuestra hipótesis diagnóstica fue que la HTA estuvo desencadenada o potenciada por el fármaco en una paciente con cierta predisposición: es bien conocido que las mujeres con preeclampsia gestacional tienen una mayor tendencia a desarrollar posteriormente HTA⁶. El caso descrito cuenta, entre los criterios de causalidad, con: *a*) secuencia temporal razonable; *b*) respuesta farmacológica conocida y, *c*) mejora de la RAM tras la retirada del fármaco. Como

conclusión comentaremos que, aunque no está totalmente demostrada la relación causa-efecto, nos parece prudente recomendar el control de la PA en las pacientes en tratamiento con triptorelina y quizá, por extensión, al resto de análogos.

C. Albaladejo Blanco^a, J.A. García Vicente^b y F. García-Faria Rial^a

^aMédicos de Familia del CAP Llefià. Badalona. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Barcelonès Nord i Maresme. Badalona. Barcelona. España.

^bFarmacólogo de Atención Primaria. SAP Badalona-Sant Adrià de Besòs. Badalona. Barcelona. España.

1. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 2004.
2. Triptorelin pamoate (Trelstar). Med Lett Drugs Ther 2002;44:51-2.
3. RxList [consultado 31/12/03]. Disponible en: www.rxlist.com/cgi/generic/lexapro.htm
4. Varbiro S, Vajo Z, Nadasy GL, Monos E, Acs N, Lorant M, et al. Sex hormone replacement therapy reverses altered venous contractility in rats after pharmacological ovariectomy. Menopause 2002;9:122-6.
5. Acs N, Szekacs B, Nadasy GL, Varbiro S, Kakucs R, Monos E. The effect of ovariectomy and oestrogen replacement on small artery biomechanics in the rat. Br J Obstet Gynaecol 1999;106:148-54.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report on the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003;289:2560-71.